



University of Groningen

Obductie als laatste verwijzing in de huisartspraktijk

Oppewal, Feike

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Oppewal, F. (2005). Obductie als laatste verwijzing in de huisartspraktijk: aspecten van. Groningen: s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Samenvatting

Stelt u zich voor dat u geroepen wordt bij een 21-jarige vrouw. U spoedt u naar het opgegeven adres en wordt opgevangen met de mededeling dat ze vermoedelijk overleden is. Bij binnenkomst in de kamer ziet u direct dat dit vermoeden op waarheid berust: het is duidelijk dat ze al enige tijd overleden is.

Uw reactie zal in sterke mate afhangen van de rol die u op dat moment bekleedt: komt u als ouder binnen, als politieagent, als ambulancemedewerker of als arts?

Stelt u zich voor dat u enkele maanden later naar een adres geroepen wordt waar de hele morgen de gordijnen zijn dichtgebleven en een ongeruste buurvrouw niet naar binnen durft. Zij gaat samen met u wél naar binnen en u treft op de bank een 51-jarige man aan van wie het duidelijk is dat hij is overleden. Wat uw reactie is, zal wederom sterk afhangen van de rol die u op dat moment vervult.

Stelt u zich vervolgens voor dat u een halfjaar later geroepen wordt bij een 81-jarige vrouw. U kreeg het bericht dat ze gevallen was en in de kamer op de grond ligt. Bij binnenkomst ziet u het direct: ze is overleden.

Dit zijn zeker geen fictieve voorbeelden. Ik hoop niet dat een dergelijke gebeurtenis u in de rol van ouder, echtgenote of kind overkomt; anderen hebben het in elk geval wel meegemaakt. Als u in de rol van politieagent, ambulancemedewerker of arts verkeert, zult u de voorbeelden herkennen. In welke rol u ook binnenkomt, voor iedereen zal de eerste reactie zijn: wat is hier gebeurd, of: hoe heeft dit kunnen gebeuren? De dood constateren mag iedereen – daarvoor is geen bepaalde bevoegdheid of scholing nodig. Komt u in de rol van arts binnen, dan hebt u enkele verplichtingen te vervullen. Die verplichtingen verschillen tussen artsen onderling ook. Komt u als huisarts of als forensisch geneeskundige?

Dit proefschrift behandelt de verplichtingen van de huisarts en de beslissingen die hij moet nemen na het overlijden van een patiënt. Maar dit proefschrift gaat ook over ouders, kinderen, partners en andere nabestaanden.

Het gaat dus over u en uw gezin, over wat er gebeurt als er iemand komt te overlijden en wat de dokter dan moet doen.

Deze dissertatie bespreekt de beslissingen die genomen moeten worden in de vijf dagen tussen overlijden en begraven. Deze beslissingen hebben voor de arts een wettelijk en een beroepsmatig kader. Als eerste dient hij zich een oordeel te vormen over de *aard van het overlijden*. Onder dit begrip wordt verstaan of het overlijden natuurlijk is, dat wil zeggen ten gevolge van ziekte of ouderdom, of dat het een (vermoeden van een) niet-natuurlijk overlijden betreft. In het laatste geval dient het oordeel van de gemeentelijk lijkschouwer gevraagd te worden, meestal een forensisch geneeskundige. In **hoofdstuk 2.3** is dit nader uitgewerkt.

De arts – soms de eigen huisarts, maar tegenwoordig vaak de dienstdoende arts – dient de conclusies vast te leggen op twee formulieren die verklaring van overlij-

den en doodsoorzaakverklaring worden genoemd, en wel respectievelijk de A- en de B-verklaring.

Op de A-verklaring, op grond waarvan de ambtenaar van de burgerlijke stand verlof tot begraven of cremeren verleent, dienen de personalia van de overledene, het feit van het overlijden en de overlijdensdatum vermeld te worden.

De B-verklaring is bestemd voor de medisch ambtenaar van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en wordt om die reden ook wel het statistiekformulier genoemd. Op dit formulier komen geen gegevens voor die te herleiden zijn tot de overledene. De arts vult op de B-verklaring de gemeente en de plaats van het overlijden in, bijvoorbeeld thuis of in het ziekenhuis. **Hoofdstuk 2.4** geeft hierover meer details.

Daarnaast dient de arts op het B-formulier de *doodsoorzaak* te vermelden. Over het begrip doodsoorzaak is veel misverstand onder artsen. Vaak wordt op de verklaring de *directe* doodsoorzaak ingevuld, terwijl de *primaire* doodsoorzaak voor de statistiek het belangrijkste gegeven vormt. De primaire doodsoorzaak is echter zonder nader onderzoek vaak niet te achterhalen, met name niet bij een plotseling en onverwacht overlijden. In **hoofdstuk 7** is dit onderwerp verder uitgewerkt.

In dit proefschrift wordt beschreven hoe artsen met de geschetste problematiek in aanraking komen en hoe ze ermee omgaan. Uit de literatuur en uit ons onderzoek blijkt dat artsen hierin slecht zijn opgeleid en weinig nascholing krijgen. Een enquête onder bijna-artsen in 2005 liet zien dat het met het onderwijs in en de kennis van deze problematiek nog steeds slecht gesteld is. Meer informatie hierover is te vinden in **hoofdstuk 11**.

In een welomschreven populatie in Oost-Groningen – 52.471 patiënten, ingeschreven in 17 huisartspraktijken – is geregistreerd waar en waaraan patiënten overleden. In twee jaar werden 841 sterfgevallen geteld: tussen de 20 en 25 patiënten per praktijk per jaar. Thuis overleed 53,8%, in het ziekenhuis 34,6%, in het verpleegtehuis 8,6% en 2,8% elders. In geval van kanker overleed 60% van de patiënten thuis.

In 57 (6,7%) van de 841 sterfgevallen ging het om een niet-natuurlijk overlijden, waaronder 23 (2,7%) gevallen van euthanasie, in alle gevallen vanwege kanker als onderliggende ziekte. Dit cijfer komt overeen met de landelijke gegevens.

De nadere analyse van de geregistreeerde gegevens staat in **hoofdstuk 6**.

Wij stellen, in navolging van Lundberg, voor om patiënten die plotseling en onverwacht overlijden met onbekende oorzaak, met het acroniem SUDA aan te duiden, wat staat voor ‘Sudden Unexpected Death in Adults’. Daarmee wordt deze patiëntengroep waarvan de doodsoorzaak onbekend of onduidelijk is, herkenbaar aangeduid. In de registratie die het CBS hanteert, is hier ook een aparte codering voor: ‘sudden death (cause unknown)’, code R96, of ‘unattended death (cause unknown)’, code R98 of R99. **Hoofdstuk 6** geeft hierover meer informatie en in **bijlage 7** zijn de hoofdgroepen van de internationale indeling

weergegeven. Deze indeling wordt genoemd: International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, kortweg ICD-10. Sinds 1996 wordt in Nederland de tiende revisie gebruikt. **Hoofdstuk 2.4** geeft hierover gedetailleerde informatie.

Ik pleit ervoor om in geval van plotseling en onverwacht overlijden met onbekende oorzaak, de overledene voor obductie te verwijzen naar de klinisch patholoog. Voor de huisarts in Nederland zijn de mogelijkheden hiervoor momenteel te beperkt. **Hoofdstuk 3** geeft hierover mijn eerste ervaringen weer, zoals ook in het inleidende **hoofdstuk 1** vermeld is. In de inleiding zijn ook de vragen geformuleerd die in dit proefschrift centraal staan.

De historische ontwikkeling van de obductie en de pathologische anatomie vanaf 1761 in Nederland en in West-Europa is uitgewerkt in **hoofdstuk 2.2**. In **hoofdstuk 2.1** is een begripsbepaling van het woord 'obductie' en zijn equivalenten weergegeven. Slechts in 10% van de gevallen kan de doodsoorzaak niet door middel van obductie vastgesteld worden. Eerder onderzoek in de regio Groningen-Assen liet zien dat huisartsen geen misbruik maakten van de mogelijkheid: in minder dan 1% van de sterfgevallen vroeg de huisarts obductie aan. In ons onderzoek werd in 0,7% van de overlijdensgevallen obductie aangevraagd. In 65% van de gevallen werd een doodsoorzaak gevonden die aan een hartaandoening gerelateerd was. Vijf keer was er sprake van aandoeningen met genetische consequenties voor de familie. In acht gevallen (20%) was er sprake van een bijkomende bevinding die van belang was voor het vaststellen van het primaire lijden. De uitkomsten van de obducties zijn in **hoofdstuk 8** weergegeven.

Door middel van interviews bij mensen thuis zijn we de ervaringen nagegaan van familieleden die toestemming voor obductie hadden gegeven. Voor die toestemming had de familie drie belangrijke redenen. Ze wilden graag een antwoord op de vragen: 'Heb ik iets over het hoofd gezien?', 'Hoe kon dit gebeuren?' en 'Zijn er erfelijke factoren aanwezig die consequenties hebben voor andere familieleden?' Een duidelijk antwoord op deze vragen helpt de familie in hun rouwproces. De ervaringen van nabestaanden zijn weergegeven in **hoofdstuk 5**.

Huisartsen ervaren drie belemmeringen bij het ter sprake brengen van obductie. De meningen van huisartsen hebben we onderzocht door middel van focus-groepsgesprekken, zoals in **hoofdstuk 4** nader is besproken. Er is geen duidelijkheid over de financiële afwikkeling: voor het bekostigen van het vervoer van de overledene en de eigenlijke obductie is geen budget beschikbaar.

Huisartsen meldden ook zowel emotionele bezwaren bij zichzelf als veronderstelde emotionele bezwaren bij nabestaanden. Het eventuele feilen van de arts zou bij

obductie aan het licht kunnen komen: hij kan iets over het hoofd hebben gezien. Een derde bezwaar was de organisatorische rompslomp: het verwijzen voor obductie is niet geregeld en de arts moet maar afwachten of zijn vraag door de familie en de patholoog gehonoreerd wordt. Het bleek dat deze problematiek elders in Europa niet beter is geregeld. De antwoorden van buitenlandse collega's op een vragenlijst lieten zien dat het nergens in Europa gebruikelijk is om in de eerste lijn geregeld obductie aan te vragen. Wat in de antwoorden opviel, was dat alleen in Roemenië meer patiënten thuis overleden dan in Nederland. In bijvoorbeeld Denemarken overleed maar 5% van alle mensen thuis en in België 30%. **Hoofdstuk 9** bevat de vragenlijst en de antwoorden hierop.

Wij pleiten ervoor dat de ziektekostenverzekeraar obductieonderzoek betaalt, zoals dat bij een verwijzing naar een andere specialist ook het geval is. Om huisartsen en pathologen een houvast te geven hebben we een protocol ontworpen dat in de praktijk is getoetst. Als vuistregel zou kunnen gelden: obductie is een recht van de familie en geen gunst aan de dokter. De familie moet echter wel worden voorgelicht over en worden overtuigd van dit recht. Het protocol is in **bijlage 2** integraal opgenomen.

Een tweede houvast bieden we in dit proefschrift. Het omvat een voorstel voor een transmurale afspraak over 'Obductie in de eerste lijn'. Deze afspraak is te beschouwen als een nadere uitwerking van het gehanteerde protocol. **Hoofdstuk 10** geeft de gehele voorgestelde transmurale afspraak, met aantekeningen.

Aan het sterfbed heeft de arts te maken met een individuele patiënt. De huisarts is goed toegerust om dat sterfbed te begeleiden. Hij heeft kennis van terminale zorg en stervensbegeleiding. Voor het vaststellen van de doodsoorzaak bij acuut overlijden (SUDA) is de huisarts minder goed toegerust, met als gevolg dat de doodsoorzaak vaak gebaseerd is op vermoedens of giswerk.

Na het overlijden dient de arts papieren in te vullen die de patiënt laten opgaan in een groter geheel: epidemiologische en statistische groepen. Daarvoor blijkt de huisarts helemaal niet goed toegerust te zijn. In dit spanningsveld tussen individu en groep is het vaak moeilijk manoeuvreren. Om beide tot hun recht te laten komen dient de arts zich in ieder geval bewust te zijn van dit spanningsveld. De registratie en bestudering van de mortaliteit in de eigen praktijk is hiervoor een goed uitgangspunt.

Daarnaast zou hij geregeld feedback moeten krijgen van het CBS, zodat zijn eigen registratie getoetst kan worden aan regionale en landelijke gegevens. Deze feedback kan ook gebruikt worden om de arts in te lichten over het proces van registratie en classificatie door het CBS van de door de arts aangeleverde gegevens. Dit gebeurt nu praktisch nooit.

Een andere mogelijkheid om het spanningsveld te verkleinen is het vaker verwijzen voor obductie. Daarmee kan de huisarts het verhaal van de patiënt afronden. Duidelijkheid in die afronding kan van belang zijn voor de patiënt, voor de

familie en voor de arts. Obductie is te vergelijken met een grenssteen: een moment stilstaan bij de markering van de overgang tussen leven en dood. Obductie is overigens geen doel op zich, maar: 'Het kennen van de doodsoorzaak van mensen kan van uitzonderlijk belang zijn voor de gezondheid van hen die in leven zijn.' De verhalen van de patiënten die aan het begin van deze samenvatting staan, worden gedeeltelijk in de dissertatie beschreven. Bij de 81-jarige werd van nader onderzoek afgezien. Bij de 21- en 51-jarige patiënt is obductie verricht, waardoor de oorzaak van het plotseling overlijden duidelijk werd.